Docteur J. PERY

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

BORDEAUX
IMPRIMERIE MODERNE
A. DESTOUT aîné & Cie
139, rue Sainte-Catherine et 8, rue Paul-Bert
1907

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU DOCTEUR J. PERY

AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

(SECTION D'ACCOUCHEMENTS)

CONCOURS DE 1907

RÉCOMPENSES ET TITRES UNIVERSITAIRES

Lauréat de la Faculté de Médecine de Bordeaux :

Prix de première année, juillet 1898.
Prix de troisième année, juillet 1900.
Prix des thèses (médaille de bronze), 1903.

Chef de clinique obstétricale, 1904-1907.

SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT

Moniteur d'accouchements, 1901-1902.
Exercices de séméiologie obstétricale, 1904-1906.

TITRES ET RÉCOMPENSES DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

Externe des Hopitaux, 1898-1899.
Interne des Hopitaux, 1899-1903.
Lauréat des Hopitaux :

Médaille de bronze, 1897-1898.
Médaille d'argent, 1898-1899.
Médaille d'argent, 1899-1900.
Prix Levieux, 1900-1901.
Prix de l'Administration, 1901-1902.
Médaille de vermeil, 1902-1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société de Gynécologie, Obstétrique et Pædiatrie de Bordeaux.

Secrétaire de cette Société, 1905 et 1906.

Lauréat de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (*Prix Dubreuilh*, 1904).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — *GROSSESSE*

Etude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse. Mémoire de 180 pages couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. Prix Jean Dubreuilh, 1904.

Ce mémoire, dans lequel sont étudiées presque toutes les indications de l'interruption de la grossesse, est divisé en deux parties : la première consacrée aux indications d'ordre plus spécialement obstétrical ; la seconde, aux indications de nature plutôt médicale. Cette division a été adoptée pour la facilité et la bonne ordonnance du sujet, bien qu'elle ne soit pas à l'abri de tout reproche, certaines indications, comme l'éclampsie par exemple, pouvant être considérées comme d'ordre à la fois obstétrical et médical.

Première partie. Indications obstétricales

Rétrécissements du bassin. — C'est un point sur lequel il ne nous était pas possible de nous prononcer d'une façon ferme, étant données les différences d'opinion actuellement encore existantes entre les principaux accoucheurs de tous les pays. Toutefois nous nous sommes rangé à l'avis de la majorité d'entre eux et nous sommes arrivé à conclure que si l'interruption de la grossesse est à rejeter dans les bassins qui mesurent moins de 8 centimètres, elle peut être conservée au-dessus de ce

chiffre, surtout lorsqu'il s'agit de multipares ayant eu des accouchements antérieurs dystociques avec enfants volumineux. D'ailleurs, il est un point qui nous paraît jouer un rôle très important dans le choix que peut faire l'accoucheur entre l'interruption de la grossesse et les opérations sanglantes, c'est la volonté de la malade à laquelle il ne saurait être passé outre.

Ces considérations s'appliquent surtout aux bassins rachitiques, mais trouvent aussi indirectement leur indication dans les autres variétés de bassins viciés.

Dystocie des parties molles. — Ce genre de dystocie est trop variable pour prêter à des considérations d'ensemble. Le plus souvent, l'interruption de la grossesse est contre-indiquée et mieux vaut attendre le terme et agir alors en s'inspirant des circonstances.

Ostéomalacie. — Outre l'indication tenant au rétrécissement du bassin, l'accoucheur peut avoir la main forcée par la marche de l'affection. Mais en règle générale il est préférable d'attendre le terme et de pratiquer alors la césarienne suivie de castration, comme le préconise Fehling.

Fibromes de l'utérus. — L'avortement et l'accouchement provoqués sont aujourd'hui unanimement rejetés. Exceptionnellement, ainsi que le fait remarquer le professeur Pinard, on sera obligé d'intervenir au cours de la grossesse en raison d'accidents plus ou moins graves et alors on s'adressera, suivant les cas, à la myomectomie ou à l'hystérectomie. Dans la majorité des cas, c'est seulement au moment du travail que l'intervention sera nécessaire.

Kystes de l'ovaire. — Ici encore, pas d'interruption de la grossesse. L'intervention de choix est l'ovariotomie, pratiquée de préférence durant les premiers mois. L'emploi de la morphine restreint dans une notable proportion le nombre des avortements consécutifs.

Cancer du col. — D'une façon générale, tous les accoucheurs sont aujourd'hui d'accord pour repousser l'interruption pure et simple de la grossesse, qui ne fait que sacrifier l'enfant sans

profit pour la mère. Tous ou à peu près sont d'avis de s'abstenir quand le cancer est inopérablo. Mais les avis sont partagés en ce qui concerne les formes opérables. Alors que nombre de chirurgiens avec les professeurs Terrier, Pozzi et Polosson sont d'avis d'intervenir dans l'intérêt de la mère, d'autres comme M. Bouilly et le professeur Pinard estiment que la récidive étant fatale et la mère étant de toute façon condamnée, il faut au contraire tout tenter pour sauver l'enfant et par conséquent s'abstenir de toute intervention pouvant entrainer l'interruption de la grossesse.

Nous croyons que si le diagnostic est fait dans les premiers mois et que le cancer est encore opérable, il ne faut pas refuser à la femme le bénéfice d'une opération qui peut-être lui sauvera la vie. C'est, du reste, l'opinion du professeur Segond.

Hémorragies : a) Par insertion basse du placenta. — Il ne faut pas se hâter d'interrompre la grossesse, car les premières hémorragies sont rarement dangereuses d'emblée. Il faut chercher à gagner du temps dans l'intérêt du fœtus.

Mais si l'état général de la mère devient grave, toute hésitation doit cesser et il faut recourir non seulement à l'interruption de la grossesse par la rupture large des membranes, par exemple, mais même dans certaines circonstances à l'accouchement méthodiquement rapide.

b) Par décollement prématuré du placenta normalement inséré. — Ici tout retard est nuisible : il faut vider l'utérus immédiatement et M. Pinard n'a pas craint de conseiller en pareil cas l'opération césarienne.

c) Autres hémorragies. — Par endométrite par exemple : Le pouls est le principal élément qui guide la conduite à tenir. Quand il dépasse 100 d'une façon habituelle, il faut interrompre la grossesse.

Hydramnios. — La question d'intervention ne se pose que pour l'hydramnios à marche rapide. Après échec du traitement médical, il est indiqué avant de rompre les membranes au niveau du col, d'essayer la ponction utérine par la paroi abdominale qui a donné quelques succès et qui dans tous les cas paraît inoffensive.

Grossesse môlaire. — En raison de l'abondance et de la répétition des hémorragies, de l'absence quasi constante de fœtus et de l'état général mauvais qui accompagne souvent la môle, il est tout à fait indiqué d'interrompre la grossesse aussitôt que le diagnostic a été porté.

Rétroversion de l'utérus gravide. — L'indication de l'interruption de la grossesse, qui se posait assez souvent autrefois quand échouaient les différents procédés de réduction, est beaucoup plus rare aujourd'hui. Quand les procédés habituels échouent, on peut avoir recours à la laparotomie qui permet de détruire les adhérences et de redresser l'organe (Mouchet, Doléris). L'avortement provoqué ne sera indiqué que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Grossesse extra-utérine. — La conduite à tenir a été fixée par le professeur Segond au Congrès de Marseille. L'interruption de la grossesse est toujours indiquée quand le diagnostic est fait avant le cinquième mois ; plus tard il est permis d'attendre le voisinage du terme pour intervenir, à la condition que la femme puisse être soumise à une surveillance de tous les instants.

Mort du fœtus pendant la grossesse. — Malgré les succès de MM. Boissard et Maygrier, la grossesse ne doit pas être en général interrompue. Il faut en excepter les cas rares où, malgré l'intégrité des membranes, le contenu de l'œuf s'infecte. En pareille circonstance, l'évacuation de l'utérus s'impose au plus vite.

Mort habituelle du fœtus. — L'essentiel est de soigner la cause : syphilis, albuminurie, alcoolisme. Dans le cas où le traitement consciencieusement tenté n'aurait rien donné, on serait parfaitement autorisé à interrompre la grossesse avant l'époque où se produit habituellement la mort du fœtus.

Deuxième partie. Indications médicales

Vomissements graves. — Les règles qui président en pareille circonstance à l'interruption de la grossesse sont bien connues. Il faut tenir compte surtout de deux facteurs principaux : d'une

part, la perte de peids atteignant 300 grammes par jeur et, par ailleurs, les medificatiens du pouls qui ne tarde pas à s'accélérer et à dépasser 100 à la minute.

Albuminurie. — L'interruptien de la gressesse n'est indiquée que d'une façen exceptiennelle, après échec dûment censtaté du traitement médical et en particulier du régime lacté. Les cemplicatiens locales, même la rétinite et les hémerragies rétiniennes, ne censtituent pas une indicatien suffisante peur permettre de prevequer l'avertement: teut au plus peut-en les censidérer cemme indiquant l'accenchement prématuré prevequé. Les accidents graves, urémie, menaces d'éclampsie censtituent, au contraire, une indicatien fermelle, même à l'avertement, quand ils résistent à un traitement médical bien dirigé et suffisamment prelengé.

Eclampsie. — Au peint de vue des indicatiens feurnies par l'éclampsie puerpérale, neus neus séparens un peu de l'opinien classique. Neus estimons, avec MM. Fieux, Varnier et Schmitt, que les résultats feurnis par l'interruptien de la gressesse dans l'éclampsie sont supérieurs, surtout en ce qui concerne les enfants, à ceux que denne le traitement purement médical. Sans conseiller la prevecatien du travail d'emblée et dans tous les cas, neus creyens qu'assez souvent l'évacuatien de l'utérus censtitue le meilleur meyen de faire cesser les accès éclamptiques, mais à une condition, c'est qu'au lieu de s'en tenir à la prevecatien pure et simple du travail on ait receurs à l'accenchement méthediquement rapide.

Maladies infectieuses. — Qu'il s'agisse de maladies éruptives, variole, reugeele, scarlatine, érysipèle, eu non éruptives, fièvre typheïde, grippe, diphtérie, rhumatisme, paludisme, rage, chelére, charben, tétanes, neus croyens que l'interruptien de la gressesse est toujours centre-indiquée, l'évacuatien de l'utérus n'appartenant, en général, aucune medificatien faverable à l'évelutien de la maladie.

Diabète sucré. — L'interruptien de la gressesse n'est indiquée que dans deux conditiens: mort habituelle eu excès de velume habituel du fœtus.

Maladies du cœur. — Il faut distinguer plusieurs cas :

a) Dans les accidents gravido-cardiaques proprement dits, c'est-à-dire, en somme, l'œdème aigu du peumon, l'interruption de la grossesse doit céder le pas à la saignée dont l'action est parfois véritablement héroïque.

b) Dans l'*asystolie*, le traitement médical doit sans doute être essayé, mais il ne faut pas trop attendre si l'on veut tirer quelque bénéfice de l'interruption de la grossesse.

Dans l'immense majorité des cas, c'est nen pas l'avortemen mais l'accouchement prématuré que l'on aura à prevequer. Souvent d'ailleurs l'amélioration obtenue ne sera que passagère.

Maladies de l'appareil respiratoire :

a) *Asphyxie.* — Quelle que soit sa cause, elle est loin d'entraîner fatalement le travail, comme le croyait Brown-Séquard. L'évacuation rapide de l'utérus peurra s'imposer dans quelques cas après échec du traitement médical, mais c'est là l'exception. Il en est de même pour l'asthme.

b) *Pneumonie, broncho-pneumonies.* — Le prenostic est, en général, aggravé quand l'accouchement se produit. Sa prevocation est donc ordinairement contre-indiquée.

c) *Tuberculose pulmonaire.* — En raison de l'aggravation qu'entraîne dans la majorité des cas l'apparition de la grossesse, nombre d'accoucheurs allemands, ainsi que M. Queirel en France, sont d'avis de provoquer l'avortement. Avec MM. Pinard e Gaülard, nous estimons que cette provocation est contre-indiquée et qu'on doit se borner à soumettre la femme au traitement médical, quitte à accélérer le travail si l'indication s'en présente.

En ce qui concerne en particulier la tuberculose laryngée, la mort est pour ainsi dire fatale après l'accouchement ou l'avortement ; il est donc indiqué de ne pas intervenir.

Maladies de l'appareil digestif :

Dans l'appendicite, l'indication est d'opérer et non d'interrompre la grossesse. Il en est de même pour l'occlusion intestinale au cours de la grossesse.

La lithiase biliaire n'est jamais assez grave pour demander par elle-même l'accouchement prématuré provoqué.

Dans les ictères, la conduite à tenir varie suivant les formes : pas d'intervention dans les formes à allure bénigne, qui guérissent mieux quand la grossesse continue ; au contraire, interruption de la grossesse dans les ictères graves, surtout dans l'intérêt de l'enfant.

Pyélonéphrites. — En règle générale, le traitement médical suffit. Cependant, si les accidents s'aggravent et que l'enfant soit suffisamment développé, on peut recourir à l'accouchement prématuré provoqué ; dans le cas contraire, mieux vaut pratiquer la néphrotomie.

Maladies du système nerveux :

A) Névroses : 1° *Chorée.* — Pour le professeur Pinard, l a chorée comme les vomissements graves pourrait être considérée comme une forme de l'auto-intoxication gravidique survenant chez des sujets particulièrement prédisposés de par leurs antécédents nerveux ou rhumatisants. C'est dire que le traitement devra être avant tout médical, mais qu'après échec bien constaté de celui-ci et sans trop tarder, on sera autorisé à interrompre la grossesse, quel que soit son âge. C'est ce qu'ont préconisé Ahlfeld, Spiegelberg, Lawson Tait.

2° *Epilepsie.* — Tout le monde est d'accord pour ne pas intervenir. Il en est de même dans l'hystérie, le goitre exophtalmique, à moins qu'il ne se produise au cours de cette maladie une aggravation des troubles cardiaques menaçant directement la vie de la mère.

B) Psychoses. — L'influence exercée par la grossesse sur les psychoses est trop variable pour qu'il soit possible d'en tirer un argument pour ou contre son interruption. Cependant les aliénistes sont d'accord pour admettre que, d'une façon générale, il n'y a pas lieu d'interrompre la grossesse chez les aliénées du fait même de leur psychose.

C) Affections organiques du système nerveux :

1° *Hémiplégie. Paralysies diverses. Affections cérébrales et médullaires.* — Il n'y a lieu d'intervenir, en règle générale, que si la vie de la femme paraît menacée, comme dans une méningite (Arzac et Lafond), un abcès du cerveau (Fieux). L'in-

tervention est alors faite dans l'intérêt du fœtus et doit consister non plus dans la simple provocation du travail, mais dans l'accouchement méthodiquement rapide, parfois même l'opération césarienne.

2° *Polynévrites*. — Il est des cas où l'interruption de la grossesse s'impose (Pinard, Joffroy et Desnos, Lepage et Sainton). Mais ces cas sont rares et la plupart du temps le traitement médical permettra d'attendre le terme de la grossesse.

Maladies de la peau. — Pour M. Pinard, l'herpès gestationis serait dû à l'auto-intoxication gravidique. Malgré tout, le traitement médical suffit et la question d'interruption de la grossesse ne se pose pas, en général.

Maladies du sang. — La plus importante, en pathologie gravidique, est l'anémie pernicieuse de Biermer, dont la marche presque fatale aboutit à la mort dans un laps de temps plus ou moins long. Les seules femmes qui ont survécu, et elles ne sont pas nombreuses, sont celles chez lesquelles on a pratiqué de bonne heure l'interruption de la grossesse. Il est donc indiqué d'avoir recours à ce mode de traitement et plus particulièrement à l'avortement provoqué (Gusserow, Chiara).

Dans la *leucémie*, l'*hémophilie*, le *purpura*, les auteurs sont d'accord pour ne pas intervenir (Vinay).

~~~~

Grossesse dans un utérus double, avec expulsion d'un œuf complet de six mois. *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de Bordeaux*, 1903.

Les observations de duplicité utérine ne sont pas très rares, mais elles sont toujours intéressantes, en raison des difficultés de diagnostic et des particularités qui souvent accompagnent l'accouchement en pareille circonstance.

Notre malade est une primipare de vingt-neuf ans, entrée à la Maternité à la fin du sixième mois de sa grossesse, à la suite d'une hémorragie. Elle présente des signes non douteux d'auto-
~~~~

intoxication gravidique et en particulier de l'albuminurie. L'utérus est tout à fait dévié à droite; au toucher, rien de particulier tout d'abord. Ce n'est qu'au cours d'un examen ultérieur qu'on découvre la duplicité génitale : vagin double et utérus double, la grossesse étant développée dans l'utérus droit.

Après quelques jours d'accalmie et malgré le traitement habituel, les menaces d'avortement reparaissent et finalement l'avortement a lieu en un seul temps. Les contractions sont synergiques dans les deux utérus.

L'œuf est expulsé intact: le fœtus a succombé au cours du travail. La forme ovoïde est typique, le fœtus a pris la disposition classique : il est hyperfléchi de partout.

La cloison intervaginale a presque complètement disparu au cours de l'expulsion de l'œuf.

Grossesse gémellaire chez une femme ayant un goitre exophtalmique. *Revue mens. de gynécol., d'obstétr. et de pæd. de Bordeaux*, 1902.

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet de l'action exercée par la grossesse sur le goitre exophtalmique. Tandis que Trousseau et Charcot, Tarnier ont noté une influence heureuse ou nulle, Freund, Benicke ont observé une aggravation manifeste.

Chez notre malade, l'intérêt est accru du fait qu'elle a eu une grossesse double.

Femme de vingt ans, originaire du pays basque et ayant, depuis l'âge de quatorze ans, un goitre peu volumineux. Sous l'influence de cette grossesse, qui est la première, la malade a vu son cou augmenter assez rapidement de volume, en même temps qu'apparaissait l'exophtalmie, surtout marquée du côté droit. Il n'existe pas de tremblement; le pouls oscille entre 80 et 100.

La grossesse a suivi son cours normal sans présenter aucune autre complication qu'une albuminurie passagère. Pendant le

travail, nous avons dû intervenir par une double application de forceps, ce qui nous a permis d'extraire deux enfants vivants.

Deux jours après, le volume du goitre a sensiblement diminué : la circonférence a passé de 39 centimètres à 36. Suites de couches normales. La malade quitte la Maternité le onzième jour, lalaitant ses deux enfants.

~~~

Deux cas de grossesse gémellaire chez des syphilitiques avec l'un des enfants morts. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1905.

La mort d'un fœtus au cours de la grossesse gémellaire constitue un fait aujourd'hui bien connu et l'explication en est aisée dans les cas où il existe quelque cause locale, ovulaire. Il n'en est pas de même lorsque la mort reconnait pour cause une diathèse ou une infectiou générale. Il est permis de se demander alors pourquoi un seul des enfants est atteint, alors que l'autre nalt vivant et, en apparence tout au moins, bien portant. Le fait est encore plus frappant lorsqu'il s'agit de la syphilis et surtout d'une syphilis relativement récente, comme dans l'une de nos observations.

I. — Femme de vingt-six ans, Vpare, ne fournit que de vagues renseignements sur ses antécédents pathologiques. Elle expulse, au voisinage du terme, un premier enfant qui est un garçon vivant et, tout au moins en apparence, bien portant, pesant 2.655 grammes, suivi d'un placenta de 420 grammess, puis un second enfant mort et macéré, dont l'œuf est atteint d'hydramnios, fille de 1.750 grammes, avec un placenta de 460 grammes D'après les caractères du placenta et la disproportion de peids entre le fœtus et lui, la syphilis nous paraît évidente.

II. — Femme de trente et un ans, IVpare, chancre au deuxième mois de sa grossesse, traitement irrégulier jusqu'à six mois. A ce moment-là, hydramnies considérable, traitement régulier. L'accouchement a lieu à huit mois et demi.
~~~

Le premier enfant est une fille vivante et bien portante, pesant 2.855 grammes, avec un placenta de 480 grammes; le second est un garçon, mort et macéré, de 2.145 grammes avec un placenta de 350 grammes; ici encore l'œuf était atteint d'hydramnies.

Des faits analogues ont été signalés dans la variole et l'érysipèle.

Un cas de vomissements graves de la grossesse. *Revue mens. de gynécol., d'obst. et de pæd. de Bordeaux*, 1902.

Il s'agit d'un fait de vomissements graves intéressant par les circonstances qui ont amené la guérison et qui d'ailleurs prêtent à discussion au point de vue de l'interprétation à leur faire subir.

La malade, quartipare de trente-cinq ans, enceinte de trois mois, nerveuse, mais pas nettement hystérique, arrivait à la Maternité avec l'intention bien arrêtée d'obtenir qu'on la fit avorter. Malgré l'essai de différents traitements, les vomissements continuaient et l'amaigrissement augmentait. On chercha à lui suggérer que l'avortement était chose faite, alors qu'on s'était borné à introduire, sous chloroforme, le doigt dans le col, sans même employer la méthode de Copeman. La suggestion échoua et la malade maigrissant de plus en plus, le pouls commençant à se modifier, il fallut songer sérieusement à provoquer l'avortement. Toutefois, avant de recourir à ce moyen extrême, on surveilla de très près la malade et on s'aperçut qu'elle provoquait ou tout au moins aidait ses vomissements en mettant le doigt dans la bouche. On put ainsi, en la surveillant de très près, lui faire garder dès le premier jour un litre de liquide et, huit jours après, les vomissements avaient complètement disparu. Nous pensions pouvoir attribuer ce succès à la surveillance exercée et nous supposions que la grossesse allait suivre son cours. Cependant le ventre de cette malade n'augmenta pas de volume et au bout de trois mois, alors qu'elle aurait dû être enceinte de six mois, elle expulsa un œuf macéré dont le volume ne dépassait pas celui d'un œuf de trois mois. Il est donc permis

de se demander si la cessatien des vomissements est due simplement à la surveillance exercée eu si elle ne reconaalt pas pour cause la mort du fœtus, fait signalé déjà par Guéniot et d'autres accoucheurs et universellement admis aujourd'hui.

~~~

Sur un cas d'allongement œdémateux du col utérin pendant la grossesse. *Province médicale*, 15 septembre 1906.

Il s'agit là d'un fait pathologique rare signalé par Guéniot, qui, en 1872, avait pu en réunir dix observations. Depuis, cinq cas seulement ont été publiés (Miraschi, Geyt, Griffith, Arrivé, Varnier), encore ne sont-ils pas démonstratifs et à l'abri de toute discussioa.

Dans notre cas, il s'agit d'une primipare de vingt-trois aas, venue à la Clinique d'accouchements de Bordeaux au huitième mois de sa grossesse, à cause d'une tumeur des parties géaitales apparue depuis un mois sous l'influence de fatigue, s'accompagnant de douleurs et d'écoulement purulent. A l'examen, il était facile de reconnaître le col utérin, très augmenté de volume, très œdématié et ulcéré. La tumeur rentrait spontanément sous l'influence du repos, mais ressortait de même quand la malade se fatiguait.

Cette femme avait en même temps un rétrécissement du bassin, rétrécissement assez accentué pour aveir nécessité à terme l'opération césarienne.

Nous avons cherché quelle pouvait être la nature d'une pareille tumeur, constituée par le col. En procédant méthodiquemeat, nous sommes arrivé à éliminer successivement :

a) Le prolapsus utérin, qui survient beaucoup plus tôt et qui se produit chez les femmes ayant, contrairement à notre malade, un bassin large ;

b) L'allongement hypertrophique du col utérin portant seit sur la portion sus-vaginale, soit sur la portion sous-vaginale, allongement dont les caractères physiques sont tout autres et
~~~

qui surtout ne présente pas cette particularité de paraître un our et de disparaître le lendemain sous l'influence du simple repos.

Du reste, le col utérin de notre malade présente tous les caractères décrits par Guéniot comme constituant le type d'allongement œdémateux.

Les causes de cet accident sont peu connues. Peut-être faut-il admettre chez notre malade la compression exercée sur les troncs veineux par la tête fœtale non engagée, pressée énergiquement entre la marge du bassin et un corset serré que portait encore le sujet.

L'accouchement n'est pas, en général, entravé d'une façon très sérieuse par le fait de cet allongement œdémateux. Chez notre malade, nous n'avons pu surveiller que la période de dilatation, l'opération césarienne ayant été pratiquée à la fin de celle-ci, mais la marche du travail jusque là avait été sensiblement normale.

Somme toute, l'allongement œdémateux du col paraît constituer une infirmité plutôt qu'une complication grave de la grossesse ou du travail. Il faut noter cependant que chez notre malade les ulcérations du col ont été vraisemblablement le point de départ d'une phlegmatia qui l'a atteinte le lendemain même de son entrée dans le service.

II. — *ACCOUCHEMENT*

Sur un cas d'hémorragie rétro-placentaire. *Journal de médecine de Bordeaux*, août 1906.

Primipare albuminurique de vingt-deux ans, présentant tous les signes physiques et généraux d'une hémorragie rétro-placentaire. Nous nous décidons à faire immédiatement l'évacuation de l'utérus bien que le travail soit encore peu avancé,

l'orifice externe ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de 2 francs. L'hémorragie est mixte mais surtout externe, le pouls à 140. Rupture large des membranes, puis dilatation bimanuelle par le procédé de Bonnaire, qui permet d'atteindre sans trop de difficultés une ouverture grande commo une paume de main. Le col ne cédant pas davantage et le forceps ne donnant pas de résultat, nous pratiquons une perforation suivie de basiotripsie. Le fœtus pesait 3.500 grammes sans substance cérébrale.

Issue immédiate du placenta avec 1.100 grammes de caillots et de sang liquide. Injection utérine au formol; caféine, sérum. Le pouls se relève momentanément, mais l'utérus ne se rétracte nullement.

Malgré l'excitation manuelle directe, l'eau chaude, le tampeanement, l'ergotine, le suintement sanguin continue et, au bout d'une heure et demie, la malade succombe sans avoir présenté pour ainsi dire une seule contraction.

A l'autopsie, pas de lésion du côté du segment inférieur, à peine une légère encoche du col comparable à celle que l'on constate presque toujours après un accouchement spontané. Mais, au niveau de la zone placentaire, infiltration sanguine considérable, apparente même sur la surface péritonéale.

Nous estimons que dans un cas de ce genre, il serait tout à fait indiqué de suivre le conseil de M. le Professeur Pinard et de pratiquer l'opération de Porro, qui constituerait pour la femme la dernière chance de salut.

~~~~~

Dystocie par déflexion de la tête dernière. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 novembre 1904.

Les cas de déflexion de la tête dernière sont signalés dans tous les ouvrages classiques, mais en réalité ils sont rares, et cela est fort heureux, car ils peuvent donner lieu, dans les cas de rétrécissement du bassin ou d'excès de volume du fœtus, à des difficultés considérables.
~~~~~

Tantôt lo menton est accroché et relevé en arrière au voisinago du promontoire ou de l'une des symphyses sacro-iliaques, tantôt il est relevé au-dessus du pubis ou d'uno de ses branches horizontales. En pareille circonstance, M[me] Lachapelle conseillait d'introduire profondément une dos mains et, si l'on pouvait atteindre la bouche, do retourner la tête do façon à pouvoir la faire basculer et à ongager le menton lo premier. Quand la bouche est inaccessible ou quo le mouvement de rotation ne peut pas so faire, il y a trois manières de pratiquer l'accouchement. On peut employer la manœuvre dite de Prague, manœuvre souvent dangereuse pour la mère et surtout pour le fœtus; on peut encore avoir recours au forceps appliqué sur le plan dorsal du fœtus; enfin, en cas d'échec de ces manœuvres, la perforation suivie de basiotripsie devient l'*ultima ratio*.

Nous avons eu l'occasion d'obsorver un cas de ce genre. Secondipare à torme ayant une présentation du siège décomplété mode des fesses on SIDP: impossibilité de la version par manœuvres externes.

Au moment de l'accouchemeut, nous pratiquons l'abaissement prophylactique du pied antérieur. Après lo dégagement du siège, il nous est impossible de ramener le dos en avant. Les bras sent très difficiles à abaisser, l'enfant paraît très volumineux. Nous chorchons la bouche, qu'il est impossible d'atteindre, car lo menton est relevé au-dessus du pubis gaucho; nous cherchons à fairo tourner la tête en la saisissant à pleine main: elle est trop volumineuse et ne bougo pas. Tentativo d'application de forceps infructueuso: il est impossible de placer la secondo branche. Nous essayons alors, avant do pratiquer la porforation, la manœuvre de Prague; au bout do quelques minutes, en nous faisant aider par de l'expression à travers la paroi abdominale, nous réussissons à oxtraire un enfant de 5 kilogrammes qui est naturellement en état de mort apparente: déchirures du col et du périnée de moyenne importanco.

L'onfant ost difficile à ranimer ot ne rospiro qu'incomplètement: il succombe au bout de douzo heures. Suites de couches physiologiques.

A propos d'un cae de symphyséotomie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 9 septembre 1906.

Si la symphyséotomie tend do jour en jour, somble-t-il, à perdro du terrain au profit de la eésarienne, elle conservo copendant quelques indications.

Elle nous paraît indiquée, en particulier, chez les multipares ayant un bassin modérément rétréci peur lequel, cependant, les interventions purement obstétricales : accouehement prématuré provoqué, forceps, version, ont donné de mauvais résultats lors d'accouchements antérieurs. Dans ces conditions, la symphyséotomio peut donner et denne, en effot, souvent de bons résultats.

Tertipare do trente-deux ans, rachitique, ayant un bassin d'un peu plus de 10 centimètres sans déduction; bassin aplati. Lors du premier accouchement, l'enfant, très petit, a été extrait par une application de forceps dans l'excavatien et a vécu sept mois. Le second accouchement a eu lieu à terme; la tête ne s'engageant pas, on fit sans succès une application de forceps, puis une version; mais la tête dernière ne put passer et il fallut terminer par une basiotripsie. Lers de la grossesse actuelle, en comptait provoquer l'accouchement prématuré, mais la malade ne revint qu'à terme et en travail, ayant uno présentation du front que nous pûmes transformer par manœuvres mixtes en sommet. Tentative infructueuse de forceps, puis symphyséotomie sans incident. Extraction au forceps d'un garçon vivant do 4.300 grammes, dont l'extraction oblige à portor l'écartement interpubien jusqu'à 7 centimètres. Suites excellentes. La malade, levée le vingt-deuxième jour, quitte le serviee ayant à peine un peu de parésie vésicale qui, du reste, a bientôt disparu.

Symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois chez la même femme. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1905.

Secondipare symphyséotomisée avec succès lors de son premier accouchement. Rachitisme évident. Bassin plat de 95 millimètres de diamètre promonto-sous-pubien. La malade a été si peu gênée par sa première opération qu'elle en accepte sans hésitation une seconde.

Procubitus du cordon au début du travail ; mise en place d'un gros ballon de Champetier, puis symphyséotomie, forceps ; enfant vivant.

Ici, comme dans la plupart des cas de symphyséotomie itérative, on a trouvé une bride fibreuse unissant les deux pubis et adhérente elle-même au tissu cellulaire prévésical. Cette bride a fourni au moment de l'accouchement et après l'extraction du fœtus une hémorragie en nappe résistant au tamponnement et qui n'a cédé qu'à des points de suture saisissant en masse les tissus.

La malade a quitté le service le vingtième jour en excellent état.

Opération césarienne chez une naine rachitique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 11 mars 1906.

Naine rachitique ayant 1m25 de haut et présentant un bassin généralement rétréci de 8 cent. 3/4 de promonto-sous-pubien, soit entre 6 centimètres et 6 cent. 1/2 de diamètre utile. Au moment de l'entrée dans le service, la grossesse est de sept mois, mais déjà la tête déborde nettement la symphyse pubienne. M. Lefour, avec l'assentiment de la malade, décide d'attendre le terme et de pratiquer l'opération césarienne.

Au voisinage du terme, nous plaçons un petit ballon dans le col ; puis, l'effacement étant complet, M. Lefour pratique l'opération césarienne sans incident : enfant vivant de 2.600 gram-

mes. Suture de l'utérus ; puis, avant de refermer le ventre, stérilisatien par ligature de la trompe et section au thermocautère.

Suites de couches bonnes, malgré une assez longue suppuration de la paroi.

Opération césarienne. *Journal de médecine de Bordeaux*, 24 juin 1906.

Les indications de l'opération césarienne semblent s'étendre de jour en jour et elle est actuellement pratiquée d'une façon fréquente, sinon habituelle, dans des cas qui, il y a quelques années, auraient été justiciables de l'accouchement prématuré provoqué. Aussi, tandis qu'il y a quelques années l'opération césarienne était réservée aux bassins ayant au plus 7 centimètres de diamètre utile, on la pratique aujourd'hui assez souvent dans des bassins de 8 centimètres et même davantage.

Il s'agit ici d'un cas de ce genre. Primipare de vingt-trois ans entrée à huit mois dans le service pour un allongement œdémateux du col utérin, dont nous avons donné plus haut l'observation. Malgré l'absence à peu près complète de signes extérieurs de rachitisme, elle présente un bassin canaliculé ayant environ 8 centimètres de diamètre utile. La tête fœtale dépassant déjà notablement la symphyse pubienne, M. Lefour rejette l'accouchement prématuré qui, d'ailleurs, pourrait peut-être présenter des difficultés en raison de l'état du col et opte pour la césarienne. Celle-ci est pratiquée à terme, au moment du travail, et permet d'extraire sans incident un garçon vivant du poids de 3.110 grammes. Les suites de couches n'ont été troublées que par une légère phlébite qui a retenu la malade au lit pendant trois semaines.

Utérus bicorne. Présentation de l'épaule. Eviscération.
Journal de médecine de Bordeaux, 25 décembre 1904.

Observation intéressante à divers points de vue : présentation de l'épaule chez une primipare ayant une malformation utérine qui a pu induire en erreur et faire croire à une rupture qui, heureusement, n'existait pas ; difficultés extrêmes pour l'embryotomie.

Une primipare de vingt-quatre ans arrive à la Maternité à terme et en travail depuis trente-six heures, avec rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, présentation de l'épaule, fœtus mort ; pas de fièvre ni aucun signe de putréfaction fœtale intra-utérine. On cherche à passer un crochet au niveau du cou, mais l'épaule est profondément engagée et le cou est inaccessible ; après plusieurs essais, on y renonce et on se décide à pratiquer l'éviscération. On fait l'ouverture du thorax et on enlève le cœur et les poumons ; puis, à travers le diaphragme on enlève le foie et les viscères abdominaux. Malgré tout, le tronc reste étendu au-dessus du détroit supérieur. On pratique alors avec les ciseaux de Dubois la section de la colonne vertébrale, rendue difficile par la situation du dos, qui surplombe le pubis ; à ce moment-là on réussit à introduire doucement la main dans l'utérus en aplatissant le fœtus, on saisit un pied et on fait la version forcée aux dépens du fœtus. Celui-ci, sans ses viscères, pèse 2.500 grammes.

Pendant toute la durée de l'intervention, on apercevait au niveau du flanc gauche une tumeur, du volume d'une orange ou même plus, qui de temps à autre durcissait ; on crut d'abord que c'était le corps de l'utérus séparé du segment inférieur rupturé. Après l'accouchement, la revision manuelle de l'utérus montra qu'il n'en était rien et qu'il s'agissait d'un utérus fortement bicorne, avec éperon très marqué. Ainsi se trouvaient expliquées à la fois la présentation de l'épaule insolite chez une primipare et la pseudo-rupture. C'était la corne gauche qui, en se

contractant isolément, pouvait faire croire à l'existence d'une rupture.

Suites de couches troublées par une infection de moyenne gravité ; finalement, la malade est partie guérie.

Dystocie grave par rétraction de l'anneau de Bandl.
Journal de médecine de Bordeaux, 1905.

Si, dans un certain nombre de cas, la rétraction de l'anneau de Bandl ne donne lieu qu'à des difficultés légères qu'un peu de chloroforme et beaucoup de patience font disparaître, il n'en est pas toujours ainsi et parfois on éprouve les plus grandes difficultés à terminer l'accouchement, quelles que soient les manœuvres auxquelles on ait recours.

Parfois ce sont le forceps ou surtout la version qui deviennent très difficiles ou inefficaces ; dans des cas plus rares, comme chez notre malade, c'est la basiotripsie.

Il s'agit d'une IVpare de trente-sept ans, arrivée à terme à la Clinique, ayant eu une rupture prématurée des membranes. Le travail est commencé depuis trente-six heures ; état général défectueux, bruit de galop, albuminurie, pouls à 120, irrégulier. Au point de vue obstétrical, tête très élevée en OIDT, fœtus vivant, mais ayant des battements cardiaques irréguliers et sourds ; orifice externe épais, dilaté comme 2 francs ; bassin plat ; le diamètre utile peut être évalué à 9 centimètres environ ; d'ailleurs, la tête est au-dessus du détroit supérieur et n'appuie pas sur la marge du bassin.

A cause de l'état de la mère et de l'enfant, on décide d'accélérer l'accouchement ; tentative d'introduction d'un ballon de Champetier qui ne tient pas. Au toucher profond, on sent l'anneau de Bandl encerclant la tête au niveau de la circonférence sous-occipito-frontale. La dilatation manuelle se fait sans trop de difficulté ; on fait une application de forceps, mais les tractions prolongées pendant dix minutes ne donnent aucun résultat. Les

bruits du cœur fœtal sont de plus en plus mauvais ; le pouls maternel est à 130, irrégulier ; on fait une injection de caféine.

Perforation de la tête fœtale ; la première branche du basiotribe est difficile à placer ; impossible d'introduire la seconde entre la tête et l'anneau rétracté ; nouvel essai, nouvel échec.

Après plusieurs autres échecs, on réussit enfin à mettre la seconde branche et à faire le broiement, mais la prise est imparfaite et l'instrument dérape aux premières tractions. Enfin on fait une prise solide et, au prix de tractions longues et pénibles, on extrait un fœtus de poids moyen, non sans avoir eu de nouvelles difficultés pour faire passer les épaules. Délivrance artificielle ; traitement général ; pas de déchirures importantes. Mais la malade est infectée ; deux heures après, frisson et 40°5. Dans les jours suivants l'infection continue malgré tous les traitements ; finalement, la malade est emportée par sa famille.

~~~~~

Basiotripsie sur une tête retenue seule dans l'utérus.
Journal de médecine de Bordeaux, 1905.

Le fait n'offrirait rien d'intéressant par lui-même si on ne tenait compte des circonstances dans lesquelles il s'est produit.

La rétention de la tête isolée du tronc succède soit à un arrachement du tronc sous l'influence d'efforts exagérés ou mal dirigés, soit à la section du cou après embryotomie rachidienne ; plus rarement, le cou est sectionné volontairement par l'accoucheur alors que, le tronc ayant été extrait, la tête reste seule dans la cavité utérine.

C'est à un cas de cette dernière catégorie que nous avons eu affaire. Secondipare à terme, ayant un bassin canaliculé, amenée à la Clinique la tête fœtale restant seule dans la cavité utérine. Un médecin en ville a tenté d'abord une application de forceps au détroit supérieur sur le sommet qui se présentait, puis a fait la version, mais la tête dernière n'a pu passer, malgré la manœuvre de Champetier. Un accoucheur appelé a constaté, de
~~~~~

plus, une rétraction de l'anneau de Bandl et pensant à l'existence possible d'un certain degré d'hydrocéphalie a appliqué sans résultat le procédé de van Huevel-Tarnier. La colonne cervicale étant sectionnée, il a jugé que le tronc du fœtus, par son poids, pouvait contribuer à entretenir la rétraction de l'anneau de Bandl et n'ayant pas de basiotribe sous la main il a achevé la section du cou, remettant à un peu plus tard la basiotripsie, cette attente n'ayant d'autre but dans son esprit que de laisser reposer la parturiente.

A l'arrivée dans le service, l'utérus est rétracté, l'anneau de contraction remonté au-dessus de la partie fœtale, le segment inférieur aminci à l'extrême et en imminence de rupture. La tête, comme il arrive presque toujours en pareil cas, se présente par sa base, le menton en bas et à droite.

Sous chloroforme, on fait une perforation par la voûte palatine, suivie d'un broiement oblique et la tête est extraite sans difficulté. On constate, en faisant la délivrance artificielle, une désinsertion vaginale partielle au niveau du cul-de-sac postérieur et une déchirure incomplète du segment inférieur au niveau du point où il était en contact avec le promontoire. L'hémorragie étant minime, on se contente de tamponner. Suites de couches troublées par des phénomènes infectieux très graves et une hémorragie secondaire importante au huitième jour ayant nécessité un nouveau tamponnement. Malgré tout, la femme quitte le service, guérie, au bout d'un mois.

A propos de cette observation, nous discutons les indications et les contre-indications de la section du cou en montrant avec les classiques les avantages qu'il y a à conserver au moins un bras pour servir de tracteur naturel. Nous cherchons aussi à établir quelles sont, dans les cas de ce genre, les indications respectives du forceps, de la version et de la basiotripsie.

Accouchement méthodiquement rapide pour phénomènes asphyxiques chez une cardiaque. *Journal de médecine de Bordeaux*, 7 octobre 1906.

Le pronostic des affections cardiaques dans leurs rapports avec la grossesse a été complètement modifié depuis quelques années. Par une conséquence forcée, la thérapeutique a été aussi quelque peu changée.

Actuellement, en dehors des accidents fréquents, mais relativement peu graves, comme les palpitations, la dyspnée d'effort, etc., etc., on admet que les formes les plus fréquentes sous lesquelles se présentent les accidents gravido-cardiaques sont : d'une part, l'œdème aigu du poumon qui surtout avait attiré l'attention de Peter et, d'autre part, l'asystolie avec ses différentes phases. Dans la plupart des cas, le traitement médical suffit, joint à une hygiène convenable. Parfois cependant il devient insuffisant: les accidents augmentent et l'on est bien obligé d'agir d'une façon plus énergique. Cela est surtout vrai pour les phénomènes d'asystolie, car les poussées d'œdème pulmonaire sont surtout justiciables de la saignée.

Une primipare de vingt-cinq ans entre à la Clinique obstétricale pour début de travail accompagné de dyspnée intense. Grossesse de huit mois environ, enfant vivant se présentant par le sommet, dilatation comme 2 francs, poche des eaux intacte.

Depuis le septième mois, apparition progressive de dyspnée d'effort, d'œdème des membres inférieurs et de palpitations, albuminurie assez considérable : le régime lacté conseillé n'est suivi qu'à moitié. De plus, la malade s'enrhume et dès lors les troubles fonctionnels augmentent d'intensité. A l'entrée dans le service, cyanose, refroidissement des extrémités, respiration à 50, pouls petit, irrégulier, incomptable. A l'auscultation, pluie de râles secs et humides dans la poitrine; cœur affolé, presque impossible à ausculter.

L'administration d'oxygène et de ventouses ne soulageant guère la malade et le travail marchant très lentement, nous décidons de pratiquer l'accouchement rapide. Nous avons

recours à la dilatation manuelle, la femme étant demi assise sur le bord du lit et après administration de quelques gouttes de chloroforme.

La dilatation se fait assez facilement ; application de forceps : extraction d'un enfant vivant et bien portant de 2.100 grammes ; délivrance artificielle.

Amélioration notable le soir même ; dans la suite, malgré de petites poussées de congestion pulmonaire, l'état général a toujours été en s'améliorant de plus en plus.

Dans les jours suivants, il a été possible d'ausculter le cœur et nous avons trouvé alors un souffle rude, systolique, ayant son maximum au niveau de l'orifice pulmonaire et ne se propageant pas vers l'aisselle. Peut-être, mais nous ne saurions être affirmatif sur ce point, s'agit-il d'un souffle de rétrécissement de l'artère pulmonaire ?

L'accouchement rapide, d'après les derniers travaux obstétricaux et en particulier la thèse de Pouliot, semble donner son maximum d'effet dans les cas d'asystolie, à la condition, bien entendu, que l'on n'attende pas trop tard.

Sur 7 cas d'œdème pulmonaire, il n'y a eu qu'une guérison, soit 85,5 pour 100 de mortalité ; sur 25 cas d'asystolie, 19 guérisons, la mortalité se réduit donc à 24 pour 100 ; encore dans les 6 cas qui n'ont pas guéri l'intervention a-t-elle été tardive.

III. — *DÉLIVRANCE*

Dystocie de la délivrance par rétraction de l'anneau de Bandl et adhérences du placenta. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904.

La rétraction de l'anneau de Bandl qui donne lieu parfois, au moment de l'accouchement, à des difficultés considérables, ainsi que nous en avons déjà cité plusieurs observations, peut égale-

ment gêner la délivrance et la rendre extrêmement pénible. Si dans un certain nombre de cas les inhalations de chloroforme et l'emploi de l'eau chaude suffisent à relâcher l'anneau et à permettre le passage de la main qui va extraire le délivre, il n'en est pas toujours ainsi et l'on observe parfois une contraction permanente qui peut s'opposer d'une façon plus ou moins absolue à la délivrance.

Nous avons observé un cas de ce genre, compliqué d'adhérences et d'hypertrophie placentaires. Appelé auprès d'une femme ayant accouché à terme d'un enfant mort et macéré et chez laquelle une sage-femme et un médecin avaient en vain essayé de pratiquer la délivrance artificielle, nous avons trouvé l'anneau de Bandl rétracté et n'offrant pas de dimension supérieure à celle d'une pièce de 2 francs : on arrivait à bout de doigt à travers l'anneau sur le placenta en partie décollé.

Malgré le chloroforme, l'anneau ne se relâchait nullement et nous avons dû péniblement le dilater avec la main, mais il a été impossible d'introduire dans l'utérus la main entière. Nous avons été obligé de pratiquer un véritable curage digital avec deux doigts, comme après un avortement. Ce curage a été rendu encore plus difficile par l'existence d'adhérences assez étendues mais heureusement peu serrées et aussi par le volume énorme du placenta qui présentait, d'une façon non douteuse, les caractères du placenta syphilitique.

Suites de couches physiologiques.

~~~

Deux cas d'adhérences placentaires. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1905.

Les adhérences vraies du placenta sont assez rares, bien qu'il soit fréquent de voir citer cet accident parmi les indications habituelles de la délivrance artificielle. On les a divisées en plusieurs degrés suivant, pour ainsi dire, leur intimité. Parfois bénignes, elles peuvent, dans d'autres circonstances, donner
~~~

lieu à de graves difficultés et s'accompagner des complications hémorragiques ou infectieuses les plus graves.

Nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas dont l'un s'est malheureusement terminé par la mort de la malade.

I. — Femme de trente-cinq ans entre dans le service, à cinq mois de grossesse, pour début d'avortement. Elle a eu déjà une grossesse à terme suivie d'infection des suites de couches ayant nécessité un curettage, puis ultérieurement une amputation du col. Une seconde grossesse s'est terminée par un avortement de trois mois.

Dès le début de la grossesse actuelle, hémorragies à répétition. Lors de son entrée dans le service, état général mauvais, pouls 140, température 38°2, poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures, liquide louche non fétide, fœtus vivant, col dur et presque entier. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Quand on l'enlève, la dilatation est comme une pièce de 1 franc. On le remplace par le gros ballon de Champetier. Au bout de deux heures, signes d'hémorragie interne, ablation du ballon et version. L'écoulement sanguin continuant malgré les injections très chaudes, nous pratiquons la délivrance artificielle. Le placenta est adhérent dans une grande partie de son étendue et les adhérences sont intimes. En certains points, il semble y avoir presque fusion avec la paroi utérine. Nous enlevons tout ce qu'il est possible d'enlever et nous faisons une injection intra-utérine. Traitement général de l'hémorragie.

Malgré tout, l'hémorragie continue peu abondante. On enlève quelques fragments de cotylédons demeurés adhérents et on fait un tamponnement intra-utérin à la gaze trempée dans l'eau oxygénée. L'hémorragie s'arrête, mais la malade, déjà épuisée avant le travail, ne tarde pas à succomber malgré tous les traitements employés.

II. — Femme de trente-quatre ans ayant fait deux avortements suivis de deux curettages, puis quatre grossesses à terme. Or, à chacune de ces grossesses, il a fallu pratiquer la délivrance artificielle à cause d'adhérences du placenta à la paroi utérine ; la dernière fois même, la malade a failli mourir d'hémorragie.

Cette fois-ci elle accouche spontanément et facilement à terme. On la surveille de très près, en raison de ses antécédents et, comme un léger écoulement sanguin se montre un moment après l'accouchement, nous pratiquons immédiatement la délivrance artificielle. Les adhérences sont assez serrées, mais peu étendues : l'hémorragie cesse immédiatement. Suites de couches physiologiques.

Hémorragie au septième mois. Accouchement à terme. Caillots anciens retenus dans les membranes. *Revue mens. de gynécol., d'obst. et de pæd. de Bordeaux*, 1902.

Femme de vingt-quatre ans, secondipare, tuberculeuse et rachitique, a subi un curettage à la suite de son premier accouchement.

Pendant la grossesse actuelle, hémorragie au septième mois, liée à une insertion basse du placenta : malgré tout, accouchement spontané et à terme d'un enfant vivant : délivrance naturelle, sans hémorragie.

Le placenta, vu par sa face utérine, présente au voisinage du bord un noyau blanchâtre, correspondant à un foyer hémorragique ancien ; partant de ce point et se prolongeant dans les membranes se voient deux gros caillots rougeâtres, fibrineux, évidemment anciens. Il y avait une insertion basse du placenta, ainsi qu'en fait foi la mensuration des membranes ; mais, fait curieux, l'hémorragie s'est produite sur le bord du placenta qui était éloigné du segment inférieur ; en somme, le décollement placentaire s'est fait sur la partie la plus éloignée de l'orifice interne. C'est probablement la cause qui peut expliquer la formation de caillots en ce point et leur rétention jusqu'au moment de la délivrance.

IV. — *SUITES DE COUCHES*

Quelques recherches sur le pouvoir absorbant de la muqueuse vaginale après l'accouchement. *L'Obstétrique*, janvier 1907.

Après avoir lu le travail de Sébillotte sur l'emploi en obstétrique du sublimé corrosif et les accidents auxquels il peut donner lieu, nous avons eu l'idée d'étudier expérimentalement le pouvoir absorbant de la muqueuse vaginale après l'accouchement.

Nous avons cherché si, au cours d'une simple injection vaginale d'un litre donnée dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire le liquide s'écoulant lentement et le récipient étant placé à une hauteur au-dessus du plan du lit n'excédant pas un mètre au maximum, nous avons cherché si, dans ces conditions, il pouvait y avoir absorption d'une partie plus ou moins considérable du liquide injecté.

Pour cela, il nous fallait une substance facile à retrouver dans les produits d'élimination et en particulier dans l'urine, pour le cas très probable *a priori* où la résorption au niveau du vagin et le passage dans l'urine n'auraient lieu que dans une proportion minime.

Aussi, après avoir vainement essayé l'iodure de potassium et le salicylate de soude, nous sommes-nous arrêté à l'emploi du bleu de méthylène, substance dépourvue de toute propriété nocive et facile à retrouver dans l'urine, soit sous forme de bleu, soit à l'état de chromogène.

Un premier point a d'abord attiré notre attention : c'est celui de savoir si, au cours d'une injection vaginale pratiquée dans les conditions que nous avons indiquées tout à l'heure, le liquide ressort immédiatement d'une façon complète ou s'il y a stagnation d'une partie de ce liquide, condition éminemment favorable à la résorption du liquide injecté. Plusieurs mensurations précises nous ont montré qu'il y avait rétention, la quantité de

liquide retenu pouvant atteindre 20 centimètres cubes. Il est vrai que cette quantité est celle qui est retenue d'une façon immédiate ; elle doit diminuer très vite en raison des mouvements de la femme qui, en s'asseyant ou se tournant, chasse de sa cavité vaginale une partie de ce liquide. Quoi qu'il en soit, le fait de la rétention du liquide, en plus ou moins grande quantité, est un fait habituel.

La question la plus importante est évidemment de savoir s'il y a absorption. Or, pour répondre à cette question, il nous a suffi de laisser parler les faits :

Chez vingt femmes que nous avons prises au hasard, nous avons pratiqué des injections vaginales au bleu de méthylène à 0,25 pour 1.000, dans les conditions indiquées plus haut. Ces femmes (il s'agit d'accouchées, bien entendu) demeuraient dans leur lit, libres de s'asseoir ou de se tourner sur le côté et, deux heures après l'injection, on recueillait leurs urines.

Parmi ces femmes, il y avait des primipares et des multipares, des femmes ayant accouché à terme, spontanément ou artificiellement, d'autres ayant accouché prématurément, une enfin ayant avorté. Or, chez toutes, sauf une seule qui avait eu un accouchement prématuré, il y a eu passage du bleu dans l'urine où on le retrouvait soit sous forme de bleu facilement reconnaissable à la simple inspection de l'urine, soit à l'état de chromogène décelable par l'ébullition avec l'acide acétique.

Il y avait une cause d'erreur à éliminer. Le périnée étant fortement teinté de bleu après l'injection, on aurait pu penser que l'urine se teintait au passage, ce qui aurait suffi à fausser le résultat de nos expériences ; le cathétérisme nous a facilement permis d'écarter cette cause d'erreur et de montrer que l'urine sortait bien de la vessie avec la couleur que nous constations. D'ailleurs, en pratiquant des injections analogues chez deux femmes enceintes, nous avons vu que les urines émises ne contenaient pas de bleu, bien qu'elles s'écoulassent sur un périnée tout aussi teinté que celui des femmes accouchées.

Second point intéressant. L'absorption a-t-elle lieu dans le vagin ou au niveau de l'utérus ? Après la délivrance, le col uté-

rin demeure largement béant pendant plusieurs jours; si l'on tient compte de la stagnation d'une partie du liquide injecté dans la cavité vaginale, si l'on se rappelle que l'utérus, pendant les jours qui suivent la délivrance, présente des alternatives de contraction et de relâchement bien connues chez les multipares où elles donnent lieu aux coliques ou tranchées, on admettra sans peine qu'une partie du liquide injecté peut pénétrer tout au moins dans le segment inférieur et être résorbée.

Des expériences faites antérieurement à nous avaient déjà démontré que du sublimé injecté dans le vagin peut ternir une pièce de cuivre poli placée dans le segment inférieur. Nous avons fait une expérience inverse. Admettant comme démontrée cette pénétration de l'injection vaginale jusqu'au niveau du segment inférieur ou, tout au moins, du canal cervical avec résorption et passage dans l'urine du principe résorbé, nous avons voulu savoir si, en empêchant la pénétration du liquide dans le col, il y avait malgré tout résorption du bleu, en un mot, si la surface muqueuse du canal vaginal était, par elle-même, capable de résorber. Dans ce but, nous avons oblitéré momentanément le col utérin chez des accouchées au moyen d'un tamponnement serré à la gaze, recouvert d'un capuchon de gutta-percha; l'injection vaginale était ensuite donnée comme d'habitude au bleu de méthylène et l'urine recueillie deux heures après. Or, même dans ces conditions, l'urine était nettement teintée en bleu. Il y a donc, d'une façon non douteuse, absorption au niveau de la muqueuse vaginale pendant les suites de couches.

Mais cette absorption doit être sous l'influence d'un certain nombre de causes et en particulier de l'accouchement, car chez les femmes enceintes, en pratiquant des injections vaginales de bleu, il ne semble pas y avoir passage de bleu dans l'urine.

Les causes qui peuvent favoriser l'absorption de la muqueuse vaginale après l'accouchement peuvent être rangées en deux catégories. Les unes sont en quelque sorte préparatoires, favorisantes; ce sont celles qui favorisent la rétention du liquide injecté dans la cavité vaginale: longueur du périnée chez les primipares, orientation en avant et en haut de la fente vulvaire

avec excavation profonde, sutures périnéales. Le liquide est ainsi retenu en plus grande quantité et son absorption se trouve naturellement favorisée.

Les autres sont les causes véritablement efficientes : ce sont les lésions de la muqueuse vaginale. Ces lésions, qui vont depuis la simple desquamation épithéliale jusqu'à de véritables déchirures plus ou moins profondes, sont pour ainsi dire constantes au moment de l'accouchement même prématuré. Nous serions même disposé à aller plus loin et à admettre qu'après l'avortement il y a desquamation épithéliale de la muqueuse du vagin et que cette simple desquamation suffit à permettre la résorption du bleu, aidée par la vascularisation énorme de la région due à la grossesse.

Nous avons observé cette résorption du bleu après un avortement, tandis que chez la femme enceinte, alors que la muqueuse vaginale est indemne, le bleu ne passe pas.

En résumé, la muqueuse vaginale nous paraît, d'après les résultats de nos expériences, pouvoir à elle seule résorber les produits injectés à son contact. Toutefois, dans la réalité des faits, nous croyons que cette résorption se fait rarement seule et qu'il faut faire une part, sur l'importance de laquelle nous ne sommes pas fixé, à la résorption du liquide au niveau du col et du segment inférieur. La pénétration du liquide injecté jusqu'à ce niveau nous paraît être un fait, sinon absolument constant, du moins habituel, étant donné l'état de béance du col pendant les premiers jours qui suivent la délivrance.

Donc, en pratique, il faut admettre que pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement toute injection vaginale est une injection au moins vagino-cervicale, pour ne pas dire plus.

De là quelques considérations thérapeutiques tendant sinon à proscrire l'emploi des antiseptiques toxiques, du moins à ne les employer qu'à faible dose, en se pénétrant bien de cette idée que cet antiseptique peut pénétrer jusqu'au niveau du col utérin ou simplement être résorbé par la muqueuse vaginale excoriée et que, par conséquent, sa toxicité chez une femme prédisposée peut entraîner les accidents les plus graves. On a même signalé

des cas de mort à la suite de simples injections vaginales au sublimé à la dose ordinaire.

Toutefois il s'agit ici d'un travail purement expérimental dont les résultats ne sont peut-être pas directement et surtout intégralement applicables à la clinique. Il est possible et même probable que les conditions d'absorption des divers antiseptiques habituellement employés en obstétrique ne sont pas les mêmes que celles du bleu de méthylène. C'est là un autre côté de la question que nous nous proposons d'étudier plus tard. Il nous suffit pour le moment d'avoir démontré expérimentalement le pouvoir absorbant de la muqueuse vaginale après l'accouchement.

A propos d'un cas de déciduome malin. Société d'obstétrique de Paris, 1907.

Les observations de déciduomes malins, pour nous servir du terme déjà vieilli et impropre de Saenger, sont encore loin d'être banales bien que dans ces dernières années leur nombre se soit notablement accru. MM. Violet et Trillat, dans un travail récent (*Obstétrique*, septembre 1906), ont pu en réunir environ 200 cas. Nous sommes, par conséquent, encore bien loin de la fréquence des autres tumeurs utérines qui, elles, se comptent par milliers ou plutôt ne se comptent plus.

D'ailleurs, les rapports tout spéciaux des déciduomes avec la gravidité normale ou pathologique contribuent à en faire des tumeurs particulièrement intéressantes et à attirer sur elles l'attention des accoucheurs et des anatomo-pathologistes.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de déciduome consécutif au développement dans la cavité utérine d'une grossesse môlaire, ainsi que cela arrive dans 40 °/₀ des cas environ, d'après les statistiques de Ladinsky, Ulesco-Stroganova, Herbert Spencer, Pick, Mac Kenna.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans ayant eu déjà une

première grossesse normale terminée par un accouchement à terme, auprès de laquelle nous fûmes appelé pour des hémorragies débutant au deuxième mois de la seconde grossesse. Bientôt après, malgré le traitement employé et les hémorragies continuant, apparition de vomissements incoercibles, puis expulsion de quelques vésicules hydatiformes. La malade est amenée à la Clinique dans un état général très grave et on procède immédiatement au curage digital et à l'écouvillonnage de la cavité utérine.

Amélioration, puis disparition de tous les symptômes, malgré l'évacuation dans les jours suivants d'un paquet de vésicules. Les hémorragies disparaissent, l'utérus semble régresser normalement et la malade quitte le service, au bout de vingt jours, avec un état général et local satisfaisant.

Elle revient nous voir deux mois après. Son état général est toujours bon : ses règles sont revenues au bout de cinq semaines environ, mais quinze jours après elle a eu, sans cause apparente, un nouvel écoulement sanguin de moyenne importance. A l'examen, l'utérus, de consistance ferme et régulière, paraît un peu augmenté de volume.

Nous revoyons la malade quinze jours après : l'augmentation de volume est évidente ; de plus, le sang a reparu en plus grande abondance, mélangé de caillots et il existe maintenant un suintement presque continu. L'état général est encore bon ; cependant la malade a un peu maigri. Nous lui conseillons d'entrer à la Clinique pour se faire opérer. Elle se décide au bout d'une quinzaine de jours. M. Lefour porte le diagnostic ferme de déciduome malin et pratique l'hystérectomie abdominale totale sans difficultés ni incidents. Guérison par première intention. La malade quitte le service au bout de trois semaines. Notons qu'avant d'intervenir on avait soigneusement recherché tous les symptômes pouvant éveiller l'idée d'une métastase quelconque génitale ou viscérale et que les recherches avaient donné un résultat négatif.

Nous avons revu la malade un mois et demi après l'intervention. Son état général était parfait et, localement, il n'y avait

aucune trace de récidive. Malheureusement nous l'avons perdue de vue; elle a quitté Bordeaux et il ne nous a pas été possible de savoir ce qu'elle était devenue. Aussi, sachant qu'il peut se produire des récidives plus ou moins tardives, parfois plusieurs mois et même plusieurs années après l'ablation du néoplasme, devons-nous faire sur son avenir les plus extrêmes réserves.

L'utérus enlevé, dont la photographie ci-dessous donne une idée assez exacte, a été examiné au point de vue microscopique par MM. Fieux et Sabrazès, agrégés à la Faculté de Bordeaux.



On voit, à l'ouverture de l'utérus, une volumineuse tumeur ayant envahi en surface le fond de l'organe et les deux faces, surtout la face antérieure. Cette tumeur descend jusqu'à 2 centimètres environ de l'orifice interne. Au point de vue de l'envahissement du muscle, on voit que le fond de l'utérus a conservé son épaisseur normale; mais il existe à ce niveau un noyau intra-musculaire: la paroi postérieure est plus atteinte et son épaisseur est, en un point, notablement diminuée. Dans tous les cas, les couches musculaires profondes sous-péritonéales sont macroscopiquement indemnes.

La tumeur a une coloration rougeâtre, elle est recouverte de caillots et de débris sanieux; elle est assez molle et se laisse déchirer avec le doigt. Au point de vue de l'examen microscopique, M. Sabrazès écrit : « Il s'agit d'un déciduome malin don le plasmodium s'implante profondément en plein tissu utérin. Au-devant se trouve un tissu inflammatoire fibrino-purulent avec désorganisation profonde des leucocytes polynucléés qui le constituent. »

Suivant le point de la tumeur que l'on examine on trouve la tumeur typique avec processus de dégénérescence ou une zone d'envahissement dans laquelle, sous une muqueuse d'apparence saine, on voit les espaces conjonctifs interfasciculaires s'infiltrer de cellules de nature néoplasique. Toutefois, dans une préparation que nous avons pu examiner, il n'existait pas de syncytium libre dans l'intérieur des vaisseaux, ainsi que cela arrive d'habitude. Il est vrai que la coupe était unique et portait sur une zone commençant à peine à être envahie.

En somme, déciduome typique. L'ablation précoce de l'utérus permet d'espérer la guérison; toutefois il y a lieu de faire des réserves pour l'avenir.

V. — *NOUVEAU-NÉ*

De la débilité congénitale et acquise des nouveau-nés. Emploi, dans son traitement, des injections salines, principalement par la voie rectale. Thèse de Bordeaux 1903, *Médaille de bronze.*

Au cours de deux années d'internat passées à la Maternité de Bordeaux, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de prématurés et de débiles. Frappé des difficultés que l'on rencontre dans l'élevage de ces enfants qui présentent une viabilité, semble-t-il, atténuée et réduite, nous nous sommes

demandé s'il ne serait pas possible d'augmenter chez eux la force de résistance, afin de leur permettre de lutter avec le plus d'avantages contre les causes de dénutrition qui les atteignent dans les premiers jours qui suivent leur naissance et qui, si souvent, triomphent de leur minime résistance.

Encouragé par les résultats obtenus à Marseille par M. Queirel, à Paris par M. le Professeur Pinard et par M. Porak, nous avons eu la pensée d'utiliser les injections salines, dont on connaît le rôle tonique et reconstituant chez les adultes.

Au moment où nous faisions notre thèse, on ne connaissait pas la valeur de l'eau de mer que Quinton et bien d'autres depuis ont mise en lumière, de telle sorte que nous nous en sommes tenu au classique sérum de Hayem.

Nous avons, dans un premier chapitre, repris l'étude de la débilité en la définissant et en distinguant une débilité congénitale tenant uniquement à la naissance prématurée et au faible développement de l'enfant et une débilité acquise qui reconnaît pour cause, suivant les cas, soit des traumatismes obstétricaux ou accidentels, soit des infections ou des intoxications, soit des hémorragies.

Débilité congénitale. — Nous rappelons en quelques mots les caractères de la débilité congénitale des nouveau-nés, en indiquant les causes principales qui provoquent l'expulsion prématurée du produit de conception.

Nous indiquons quelle est l'évolution habituelle des débiles en rappelant l'importance jouée dans le pronostic par l'abaissement initial de la température et la perte de poids, facteurs contre lesquels il est possible de lutter avec avantage par la couveuse et le gavage. Enfin, en terminant le chapitre, nous indiquons quelles sont les principales affections qui peuvent venir compliquer la débilité congénitale et quels sont les traitements usuels habituellement mis en pratique.

Débilité acquise. — Tout d'abord, nous signalons les causes ordinaires de cette débilité en quelque sorte secondaire, souffrance de l'enfant au cours d'un travail prolongé et surtout terminé par une intervention plus ou moins longue et difficile. On

peut observer différentes lésions du côté de la bouche ou du crâne mettant l'enfant en état de moindre résistance. Plus importantes sont les infections ou les intoxications qui peuvent atteindre l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance : maladie générale de la mère, albuminurie, éclampsie, syphilis, infections d'ordre digestif, de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes, pouvant retentir secondairement sur le foie; infections cutanées, broncho-pulmonaires, avec leurs conséquences immédiatement graves. Enfin les hémorragies que l'on peut, dans la majorité des cas, rattacher à une toxi-infection, nous ont paru mériter une place à part, en raison des indications précises qu'elles comportent à l'égard de la sérothérapie artificielle.

Après cette étude des formes de débilité, nous rappelons l'histoire de la sérothérapie artificielle chez l'adulte d'abord, de façon à en indiquer rapidement les effets et à pouvoir ultérieurement les comparer avec ceux que l'on obtient chez les enfants. Nous faisons de même pour les indications de cette sérothérapie artificielle chez les adultes. A ce sujet, nous rappelons les recherches de Dupuytren, Ségalas, Rastelli et Stambio, Briquet, Demarquay, Morel, Berlioz, Chauffard, Malherbe, Imbert, Condamin, Lemanski sur le pouvoir que possède la muqueuse rectale d'absorber certains médicaments ; nous mentionnons en particulier les essais couronnés de succès de Butler, Milour, Boulongier, Castan pour administrer par voie rectale le sérum artificiel. De plus, nous rappelons, d'après le professeur Landouzy, les effets différents des sérothérapies maxima et minima.

Sérothérapie artificielle chez l'enfant. — Luton, en 1884, puis Weiss, Sahli, Wild, Demiéville ont été les premiers à faire chez les enfants des injections de sérum artificiel. M. Hutinel, puis le professeur Pinard les ont ensuite employées, ainsi que M. Quoirel et M[lle] Mouren qui ont eu recours en particulier à la voie rectale.

Nous envisageons successivement différents points de vue :

a) Les effets physiologiques généraux des injections de solutions salines chez l'enfant ;

b) Les effets pathologiques, c'est-à-dire les inconvénients ou accidents que divers auteurs ont signalés consécutivement à leur emploi;

c) Les voies principales employées pour l'introduction du sérum dans l'organisme;

d) Les avantages et les inconvénients des voies sous-cutanée et rectale, ainsi que la technique qui convient à chacune d'elles;

e) Le liquide à employer et les doses à injecter.

A la suite, nous chercherons à préciser les indications de la sérothérapie artificielle chez les nouveau-nés :

Au point de vue prophylactique;

Au point de vue symptomatique;

Au point de vue curatif.

a) Effets physiologiques des injections de sérum chez l'enfant. — Ils peuvent se résumer en ceci :

Rétablissement ou relèvement du pouls;

Augmentation de l'appétit;

Souvent, augmentation du poids, surtout quand celui-ci restait stationnaire;

Augmentation de la diurèse.

b) Effets pathologiques, accidents et contre-indications. — Ils sont nuls pour certains auteurs. D'autres, et en particulier Hutinel, signalent une action défavorable chez les nouveau-nés et les nourrissons suspects d'hérédité tuberculeuse. Lesage a observé parfois de l'œdème, conséquence évidente de la rétention chlorurée, aujourd'hui bien connue depuis les travaux de Widal et Javal, d'Achard et de ses élèves. En somme, d'une façon générale, accidents très rares et contre-indications exceptionnelles.

c-d) Voies à employer. — Nous ne conservons que les voies sous-cutanée et rectale, seules de mise chez l'enfant, à l'exclusion de la voie péritonéale employée avec succès par Bernhardt et de la voie veineuse impraticable. Nous montrons les inconvénients de l'injection sous-cutanée qui, très simple et très sûre en théorie, tout au moins au point de vue de la résorption, est douloureuse, expose à la production d'œdème, d'escharc,

d'érythème, voire même de lymphangite et de gangrène. La voie rectale, au contraire, presque aussi simple dans sa technique, ne nécessitant même pas la présence du médecin, n'a que l'inconvénient d'exposer au rejet des premières injections, inconvénient auquel il est ordinairement facile de remédier par un petit tour de main que nous indiquons. Dans tous les cas, innocuité absolue.

c) Liquides à employer et doses à injecter. — La plupart des sérums peuvent être employés, sauf ceux qui renferment une substance toxique, par exemple, le sérum phéniqué de Chéron. D'une façon générale, nous avons employé le sérum de Hayem; daas quelques cas d'hémorragie, le sérum gélatiné à 2 pour 100.

Quant à la dose employée, elle a été d'abord de 10 centimètres cubes seulement. Plus tard, connaissant mieux la tolérance de l'intestin, nous avons pu la porter sans inconvénients à 20 et 25 centimètres cubes.

Nous avons réuni 115 observations dont 51 sont personnelles, 32 sont empruntées à la thèse de Rumpelmayer, 17 à Queirel et M[lle] Mouren, 5 à la thèse de Marois, 10 à Porak.

De ces 115 observations, 44 concernent des enfants débiles congénitaux sains, 32 des débiles congénitaux malades, 24 des débiles secondaires ou acquis, par infection, intoxication ou hémorragie, enfin 15 observations sont relatives à des enfants plus âgés, à des nourrissons ayant parfois plusieurs mois, atteints de troubles digestifs plus ou moins accentués et graves. Dans la grande majorité des cas, le sérum a été employé par la voie rectale; parfois, cependant, on a eu recours à l'injection sons-cutanée, soit d'emblée, soit parce que l'injection rectale n'était pas conservée.

A la suite de ces observations, nous arrivons à déterminer les indications suivantes à l'emploi de la sérothérapie.

a) Enfants débiles non malades. — Le sérum aide l'action de la couveuse et du gavage, qu'il n'a pas d'ailleurs le moins du monde la prétention de remplacer. Il constitue un tonique qui augmente la force de résistance du débile et le soustrait dans

une certaine mesure aux accidents qui le menacent du fait même de cette débilité. Le sérum peut et doit être administré à titre en quelque sorte prophylactique.

b) *Enfants débiles malades.* — La thérapeutique n'a que des moyens d'action trop souvent limités en pareille circonstance. Le sérum, s'il ne combat pas directement les accidents, vomissements, diarrhée, est du moins un excellent reconstituant de l'état général et mérite à ce point de vue d'être employé, étant donnée par ailleurs sa parfaite innocuité, tout au moins lorsqu'il est employé par la voie rectale.

c) *Débiles secondaires, accidentels.* — La sérothérapie n'a qu'un rôle très secondaire dans le traitement des traumatismes obstétricaux ou accidentels des nouveau-nés, qui relèvent d'une thérapeutique spéciale. Son importance est beaucoup plus considérable dans les infections ou toxi-infections, et surtout les hémorragies où elle prend la première place.

d) *Débiles plus âgés, nourrissons.* — Ici, le rôle du sérum n'est que passager. Excellent pour donner une impulsion dans la bonne voie, il perd vite son activité, ainsi qu'en témoignent les observations d'athrepsiques empruntées à M. Perak.

En somme, nous arrivons au bout de notre thèse aux conclusions suivantes :

1° La sérothérapie artificielle peut rendre des services dans le traitement de la débilité des nouveau-nés ;

2° Elle joue, chez les débiles congénitaux sains, le rôle d'un traitement prophylactique ; chez les débiles malades, elle est utile pour combattre l'hypothermie, l'engourdissement et les diverses infections qui peuvent mettre sa vie en danger ;

3° Dans le cas de débilité consécutive au traumatisme de l'accouchement, le sérum doit céder le pas au traitement habituel de la mort apparente des nouveau-nés, mais il peut être utile dans les jours suivants. Dans la débilité secondaire due aux diverses infections ou intoxications, le sérum est très utile à titre de traitement symptomatique ; il soutient l'état général et facilite l'élimination des toxines. Dans les hémorragies, il joue souvent le rôle d'un traitement curatif ; on peut y associer avec avantage le sérum gélatiné ;

4° Chez les nourrissons du premier âge, il est également utile, surtout dans le traitement des troubles digestifs aigus ou chroniques ; dans l'athrepsie, il ne peut souvent que prolonger l'existence du débile ;

5° Les voies dont on peut se servir sont au nombre de deux : la voie sous-cutanée et la voie rectale. La voie sous-cutanée doit être écartée dans la majorité des cas chez les débiles pour les raisons suivantes :

a) Fragilité et mauvais fonctionnement de la peau chez les débiles ;

b) Danger d'infection des plaies ainsi produites ;

c) Difficulté de la technique pour des mains inexpérimentées ;

d) Limitation forcée du nombre des piqûres (douleur, induration, etc.) ;

e) Danger des injections de sérum chez les tuberculeux (Hutinel) et dans l'hémophilie.

L'injection rectale a, au contraire, pour elle : sa facilité extrême et son innocuité absolue, la possibilité de la répéter pour ainsi dire indéfiniment ; son seul inconvénient est la difficulté qu'on éprouve chez certains enfants à faire conserver le lavement salé, difficulté dont on triomphe d'habitude assez facilement.

6° L'injection de sérum ne doit pas supprimer les médications habituelles : elle est seulement pour elles un adjuvant puissant dans le traitement de la débilité congénitale et acquise.

~~~

Malformation de l'intestin chez un nouveau-né. *Revue mens. de gynécol., d'obst. et de pæd. de Bordeaux*, 1902.

Nous avons observé deux cas de malformation portant sur l'intestin grêle. Ces faits sont plus rares et plus intéressants que les malformations du gros intestin et, en particulier, du rectum et de l'anus, qui sont aujourd'hui bien connues, tandis que les premières sont encore loin d'être parfaitement élucidées.

Premier cas. — Il s'agit d'un enfant vu dans le service de notre
~~~

maître le professeur Piéchaud, enfant de deux ou trois jours, apporté dans le service pour symptômes d'occlusion intestinale. L'anus existe mais se termine bientôt en cul-de-sac : en cherche vainement à trouver l'intestin par la voie périnéale et finalement, en raison de l'état très précaire de l'enfant, on pratique un anus iliaque : l'enfant meurt le lendemain. A l'autopsie, on voit que l'ouverture a porté sur une anse de l'iléon, au voisinage de sa terminaison. Faisant suite à cette ampoule iléale, dilatée, contenant encore du méconium, se trouvait un cordon fibreux, absolument imperméable, reliant l'iléon au cæcum. Ce dernier, ainsi que tout le reste du gros intestin, paraissait normal, sauf à la partie tout à fait inférieure du rectum où il existait une épaisse cloison.

Deuxième cas. — Celui-ci est plus intéressant, car ici le diagnostic a pu être porté d'une façon à peu près précise avant la mort.

C'est un enfant syphilitique dont la mère avait été soignée à la Maternité à partir du sixième mois seulement. L'accouchement eut lieu à huit mois : le fœtus se présentait par le siège et l'on remarqua que pendant l'expulsion il n'y eut pas issue de méconium. L'enfant, qui pesait 2.080 grammes, présentait un pemphigus absolument caractéristique.

Dès les premières tentatives d'alimentation, il présenta des vomissements alimentaires et en même temps verdâtres, bilieux, ne ressemblant pas cependant à du méconium. D'autre part, pas d'évacuation par l'anus. Une sonde introduite pénétrait aussi loin qu'on le voulait et ramenait des matières grisâtres n'ayant pas l'aspect du méconium ordinaire. En raison de ces vomissements survenant presque immédiatement après la tétée, de l'absence de méconium malgré la perméabilité des voies digestives inférieures, nous pensâmes à une malformation siégeant plus haut, sur l'intestin grêle. L'enfant ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie nous trouvâmes la disposition suivante.

Peu de ballonnement, qui est limité à la région épigastrique. Les anses grêles ne font pas saillie. L'une cependant attire l'attention : elle ressemble, sauf sa couleur verdâtre, à une

énorme sangsue recourbée sur elle-même, présentant une concavité dirigée à droite; sa grosseur égale celle du pouce; en haut, elle se continue avec l'estomac facilement reconnaissable et qui paraît plutôt diminué de volume; en bas, elle est absolument fermée en cæcum et cette extrémité close est logée dans l'hypocondre droit au-devant du rein, au-dessous du foie auquel elle est reliée par des replis épiploïques: les deux parties de cette anse duodéno-jéjunale sont réunies entre elles par un repli péritonéal, mais leur ensemble est lâchement mobilisable. Dans le coude formé se trouve un amas formé d'anses grêles enroulées, présentant l'aspect d'un très long appendice, soutenu par une sorte de méso-péritonéal, possédant lui-même un axe fibro-vasculaire autour duquel l'intestin s'enroule et ayant, en outre, une de ses extrémités absolument close. Quant à l'autre extrémité, elle vient s'ouvrir dans un cæcum facilement reconnaissable, muni de son appendice et se continuant avec le côlon ascendant. Ce cæcum et ce côlon sont couchés sur la face antérieure de l'anse duodéno-jéjunale à laquelle ils adhèrent par un repli péritonéal: mais il n'y a entre le calibre du duodénum et celui du gros intestin aucune communication. Le reste du gros intestin est normal et perméable. Rien aux autres organes.

Les points intéressants de cette observation nous paraissent être les suivants: tout d'abord sa rareté, ce fait qu'il s'agit d'un arrêt de développement siégeant haut, tandis que la plupart du temps c'est au niveau de la partie inférieure du gros intestin que l'on rencontre les malformations de ce genre. Il faut signaler aussi l'absence presque complète de mésentère pour le reste de l'intestin grêle, libre et flottant comme un paquet entre les deux branches du V duodénal, le mésentère étant réduit à un simple repli comparable au méso-appendice.

La possibilité du diagnostic pendant la vie est également intéressante, nous avons dit déjà sur quels signes nous nous étions appuyé pour penser à une malformation haut placée.

Au point de vue du traitement, un seul évidement serait logique, l'entéro-anastomose: mais le succès en est bien problématique.

Monstre otocéphalien. *Revue mens. de gynécol., d'obst. et de pæd. de Bordeaux*, 1903.

Nous avons eu l'occasion de recueillir à la Maternité et de disséquer un monstre extrêmement rare, appartenant à la classe des otocéphaliens de Geoffroy-Saint-Hilaire.

Voici en quelques mots son histoire clinique :

La mère est une tertipare de trente ans n'ayant absolument rien de particulier dans ses antécédents ; elle a accouché deux fois normalement d'enfants vivants et bien conformés. Lors de cette dernière grossesse, elle a présenté, depuis le quatrième mois, de l'hydrorrhée, depuis le sixième mois de l'hydramnios tel qu'à huit mois son utérus mesure 44 centimètres de hauteur.

Elle expulse au moment de son accouchement, après dix litres de liquide amniotique, un fœtus monstrueux, puis un placenta perforé en son centre.

Le fœtus, du sexe féminin, pèse 2.705 grammes ; tout le corps est normal, sauf la tête.

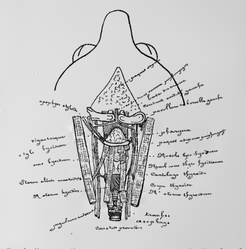
Le crâne lui-même est normal ou à peu près. Le front est fuyant, diminué de hauteur ; le nez a sa forme et sa situation normales. Au-dessous de lui, il existe une sorte de cône saillant une trompe longue de 3 à 4 centimètres, avec, au sommet, un petit conduit borgne. Les yeux sont obliques en bas et en dehors, les joues diminuées d'étendue ; au-dessous du cône, qui est un véritable museau, l'os forme un plan incliné qui rejoint le cou. Il n'existe ni bouche ni menton. Les oreilles sont réunies par leur lobule sur la ligne médiane, au niveau de la partie supérieure du cou ; leur grand axe est horizontal ; les conduits auditifs sont à peine séparés l'un de l'autre par une cloison cartilagineuse verticale.

Voici maintenant les résultats fournis par la dissection.

Région sous-hyoïdienne. — Les muscles sont normaux, les vaisseaux aussi, à cela près que la carotide reste unique et ne se divise pas en carotide externe et interne.

Région sus-hyoïdienne. — Au-devant et au-dessus de l'os hyoïde, gros peloton graisseux, puis gros tronc veineux médian sortant de la base du crâne et se divisant en quatre branches allant se jeter dans les deux jugulaires internes et les deux externes.

Le digastrique est réduit à son ventre postérieur.

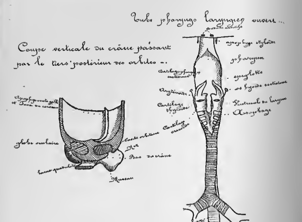


Sur la ligne médiane, on trouve, au-dessus de l'os hyoïde, une membrane fibreuse fermant en avant le pharynx et s'étendant jusqu'à la base du crâne; cette membrane est divisée en quelque sorte en deux étages par un demi-anneau fibro-cartilagineux. Le pharynx se trouve ainsi complètement fermé et sans communication avec l'extérieur; il ne communique pas non plus en haut avec les fosses nasales. Le larynx, les bronches, l'œsophage sont normaux.

Absence complète de la langue, du voile du palais, des

glandos salivaires. Entro la pointe du museau, les oreilles et la base du crâne, il n'y a que du tissu adipeux plus ou moins abondant, suivant les régions.

Au-dessous, la surfaco osseuse figure grossièrement la forme d'une croix jotée entre lo musoau, la base du crâne et les fosses

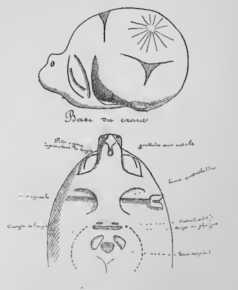


temporales. Au centre, la surfaco osseuse est soulevée et au-dessous d'elle les deux fosses temporales communiquent par l'intermédiaire do tissu conjonctif et de fibres musculaires. Nous nous demandons si la mince lamo osseuse qui forme lo centre de cotte sorto de croix ne pourrait pas être due au rapprochement anormal et à la fusion des deux arcados zygomatiques.

Rien do particulier du côté du trou occipital et des articulations supérieures de la colonno cervicale.

Lo musoau est constitué par un squelotte compact : le nez est normal au premier aspect, mais en réalité los fosses nasales so

terminent en cul-de-sac et ne communiquent pas, ainsi que nous l'avons déjà dit, avec le pharynx; les conduits auditifs sont également très courts, mais l'oreille moyenne et l'oreille interne n'ont pas été examinées.



Dans le crâne, une seule chose anormale : c'est l'absence des nerfs hypoglosses. Les autres nerfs, le cerveau, le bulbe, le cervelet, les méninges et la boite cranienne elle-même ne présentent rien de spécial.

Une pareille malformation nous paraît assez difficile à expliquer. Il semble s'agir, non pas d'un simple arrêt de développement mais d'une véritable perversion dans l'évolution du massif facial

inférieur et d'une partie de la base du crâne ayant entraîné l'absence complète de la bouche et de tout ce qui en dépend : langue, voile du palais, amygdale, glandes salivaires, hypoglosse.

La cause échappe, comme celles de beaucoup de monstruosités ; dans tous les cas, on ne trouve de syphilis ni chez la mère ni chez le fœtus.

Imprimerie Moderne, 8, rue Paul-Bert, — Bordeaux.